

ALL A - RICHIESTA STERILIZZAZIONE/CASTRAZIONE CANE CON CONTRIBUTO REGIONALE MODELLO PROPRIETARI

AL COMUNE DI
SANT'ARSENIO (SA)

Il sottoscritto..... nato a il.....
residente a.....via/piazza..... CAP.....
C.F..... telefono..... Indirizzo e-mail.....C.I. n.
..... rilasciata il Scad

IN QUALITÀ DI

[] Proprietario del cane

NUMERO MICROCHIP:.....

SESSO:.....

RAZZA:.....

ETA':.....

- Chiede di poter usufruire della sterilizzazione/castrazione del sopra-identificato cane, munito di microchip e iscritto in anagrafe canina, con contributo regionale preso il seguente veterinario:

.....

- Dichiaro di aver richiesto il contributo per un solo cane per il proprio nucleo familiare.

- Si impegna a far sterilizzare l'animale entro 90 giorni dall'autorizzazione, compatibilmente con lo stato di salute dello stesso, l'orario e le date degli interventi saranno concordati tra la struttura veterinaria e il richiedente.

- Prende atto che il veterinario operatore potrà – a suo insindacabile giudizio – non procedere all'esecuzione dell'intervento di sterilizzazione qualora fossero presenti controindicazioni in relazione allo stato di salute rilevate al momento dell'esame obiettivo generale o all'indagine anamnestica.

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 del decreto del Presidente della Repubblica n.445 del 28 dicembre 2000 per la falsità in atti e dichiarazioni mendaciche le sopra riportate dichiarazioni rispondono al vero.

LUOGO, DATA: FIRMA:

Allega fotocopia documento d'identità in corso di validità